

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

Mademoiselle Renée LACASCADE

de la Faculté de Médecine de Paris.
Ancien préparateur délégué de la Faculté de Médecine.
Ancienne interne à l'Hôpital de Casablanca.

PUÉRICULTURE ET COLONISATION

ÉTUDE

SUR LA PUÉRICULTURE AU MAROC

(Aperçu du rôle colonisateur

que peut jouer la femme médecin dans les pays d'occupation).

Président : M. BAR, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1922

07

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

70

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

Mademoiselle Renée LACASCADE

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien préparateur délégué de la Faculté de Médecine.

Ancienne interne à l'Hôpital de Casablanca.

PUÉRICULTURE ET COLONISATION

ÉTUDE

SUR LA PUÉRICULTURE AU MAROC

(Aperçu du rôle colonisateur

que peut jouer la femme médecin dans les pays d'occupation).



Président : M. BAR, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSEESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELRET
	LEJARS
Clinique chirurgicale.	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophthalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique oto-rhino laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL

Agrégés en exercice

MM.	DESMAREST	L'ANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Pieux hommage de piété filiale.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE SERGENT RAYMOND LACASCADE

*Tombé au Champ d'honneur à l'âge de
20 ans et qui dès le début de la mobi-
lisation me suggéra l'idée d'entre-
prendre mes études de médecine afin
d'être à même de soigner les blessés.*

A MON FIANCÉ

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE VÉNÉRÉ
MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur PIERRE DELBET

Chirurgien de l'hôpital Cochin.

M. le Professeur WIDAL

Médecin de l'hôpital Cochin.

M. le Professeur BROCA

Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. le Professeur BAR

Accoucheur de la Clinique Tarnier.

M. le Professeur LEGUEU

Chirurgien de l'hôpital Necker.

M. le Professeur MARFAN

Médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.

M. le Professeur TISSIER

Médecin de l'hôpital Claude Bernard.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

Qu'il me faudrait nommer tous.

En particulier :

A MM. le Professeur NICOLAS (Anatomie).

le Docteur LANGLOIS (Physiologie).

(de l'Académie de Médecine).

Hommage de reconnaissance.

PRÉFACE

Dès notre arrivée au Maroc où nous nous rendions en qualité d'Interne à l'hôpital de Casablanca, nous sollicitons l'honneur d'être présentée à Mme la Maréchale Lyautey dont l'œuvre de puériculture très florissante nous intéressait tout spécialement, puisque depuis deux ans déjà, nous faisons des consultations de nourrissons au XIX^e arrondissement de Paris, utilisant avec passion les leçons de notre cher et vénéré maître Marfan.

Avec sa bonne grâce habituelle et toute la précision qui fait le charme de ses démonstrations pratiques, Mme la Maréchale Lyautey nous montra ses œuvres de Rabat, nous exposa leur fonctionnement et les résultats qu'elle y avait obtenus ; nous en fûmes émerveillée. Simplicité des procédés, utilisation intelligente de moyens de fortune, tout un génie puissant d'organisation avait été mis à contribution pour la sauvegarde des enfants de Rabat. Une maternité provisoire fonctionnait n'enregistrant que des succès en attendant l'inauguration d'une maternité en construction dont les plans avaient été combinés de façon à assurer aux accouchées et à leurs nourrissons le plus grand confort possible alliée à une hygiène et une aseptie rigoureuses. Maternité et goutte de lait s'adressaient uniquement alors aux Européens ; mais ce qui nous frappa surtout, c'étaient les consultations indigènes et une goutte de lait indigène encore embryonnaire.

L'idée nous vint aussitôt d'étudier les possibilités de puéri-

culture indigène et l'utilité pratique d'un essai dans ce sens.

Notre Maître Marfan nous avait transfusé sa passion de la puériculture, Mme la Maréchale Lyautey par ses essais heureux nous inspira le sujet de cette thèse.

M. le Professeur Bar et M. le Professeur Brindeau nous encouragèrent et nous guidèrent dans la rédaction de notre sujet; nous les prions d'agréer ici l'expression de notre gratitude.

Nous n'oublions pas ceux qui nous facilitèrent notre tâche en nous faisant bénéficier de leur expérience et d'une longue pratique de la médecine indigène : les Docteurs Azémar (Casablanca) Madeleine (Marrakech). Nous remercions tout spécialement aussi les Docteurs d'Anfreville (Casablanca), Bienvenu (Casablanca), Guilmoto (Rabat) qui nous ont fourni des statistiques exactes et probantes, le Docteur Guichard (Marrakech) qui mit gracieusement à notre disposition la bibliothèque de la Mamounia où nous avons puisé toute notre bibliographie et le Docteur Eyseric qui mit gracieusement à notre disposition son service de radiographie de l'hôpital Maisonnave (Marrakech).

« Il n'y a pas de fait plus solidement établi que l'efficacité du rôle du médecin comme agent de pénétration, d'attraction et de pacification ».

Général LYAUTEY
de l'Académie française,
Résident Général de France au Maroc,
Maréchal de France.

« Par la puériculture indigène, la femme médecin aidée de l'infirmière sociale, tient en main et dirige la génération future qu'elle peut entièrement gagner à la France ».

R. L.

SOMMAIRE

*Nous diviserons en 4 parties notre étude sur la puériculture au Maroc :
La première donnera quelques aperçus du genre de vie de la femme arabe, de pratique obstétricale et de pédiatrie marocaines.*

Dans la seconde, nous étudierons la possibilité de la puériculture indigène et de ses résultats.

Nous exposerons ensuite les essais de puériculture qui ont été déjà faits au Maroc et les résultats qu'ils ont donnés.

Nous développerons un projet d'organisation de la puériculture au Maroc, projet qui nous fut suggéré par nos observations personnelles et l'expérience des confrères qui nous ont précédé dans l'Afrique du Nord.

Nous conclurons en montrant l'influence colonisatrice de la puériculture bien comprise, et de la femme médecin aidée de l'infirmière visiteuse seule qualifiée, quant à présent, pour utiliser ses connaissances en faveur de la femme marocaine et de ses enfants.

INTRODUCTION

Il nous semble à propos de faire précéder notre étude sur la puériculture au Maroc d'un aperçu du genre de vie de la femme marocaine et des erreurs populaires touchant la pratique obstétricale et la pédiatrie ; c'est-à-dire découvrir le mal avant d'en rechercher le remède : tel le diagnostic clinique qui toujours précède la bonne thérapeutique.

Pour comprendre l'exposé de ce chapitre et ne pas être heurté par la saveur primitive des renseignements qu'il comporte, il faut se rappeler qu'une telle étude nous transporte en plein Islam, à une époque similaire de notre moyen âge, bien qu'elle soit placée dans le temps que nous convenons d'appeler *xx^e* siècle. On ne s'étonnera plus alors de la naïveté des croyances populaires, du genre de vie de la femme arabe, des superstitions féminines et des pratiques de magie ou de sorcellerie qui accompagnent les différents actes de la vie de famille au Maroc.

Sans nous inquiéter de considérations ethniques qui nous entraîneraient à des digressions hors de propos et compliquées il nous faut cependant, dès le début de notre étude, indiquer la séparation nette qui existe entre les deux éléments de la population indigène : le Musulman et le Juif.

Ces distinctions nous sont imposées par les dissemblances des mœurs, des religions, l'antipathie flagrante qui de tout temps sépara le Juif de l'Arabe, confinant celui-là au ghetto

(mellah), antipathie où se mêle le mépris profond du second pour le premier.

Nous verrons plus tard, que de tels sentiments se manifestent même dans les dispensaires indigènes où les familles juives et arabes sont soignées avec un égal dévouement par les médecins; ils sont si fortement enracinés, qu'aux consultations quotidiennes, en dépit des jours d'affluence ou d'abstention, différant de par les rites juif et musulman, une sélection s'établit presque mécaniquement et certains jours où les juives viennent en très grand nombre à la consultation, les musulmanes s'abstiennent d'y venir.

Le fait suivant montre l'état d'esprit des femmes indigènes et la difficulté de les grouper que l'on rencontre dès le début de tout essai de puériculture.

Un jour qu'une doctoresse très expérimentée et bien connue des Arabes dont elle possède admirablement la langue avait à grand'peine réuni quelques éléments de sa consultation qui acceptaient de se laisser photographier, les juives et leurs enfants s'étant mises en place, les musulmanes opposèrent la force d'inertie et ne se rangèrent pas dans le groupe des juives; il fallut sur des clichés différents photographier d'abord les juives plus dociles et plus souples, puis les musulmanes.

Il nous faudra donc pour la clarté du texte et la précision des faits, séparer dans notre étude la musulmane de la juive.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Genre de vie de la femme arabe.

Les musulmanes vivent enclous dans le harem à la disposition de leur mari maître et seigneur tour à tour indifférent, exigeant, tracassier, toujours despote, n'envisageant quand il s'agit d'une femme que son plaisir personnel; ce sont des créatures passives, totalement ignorantes (quelques-unes d'entre elles ne prient pas, ayant omis d'apprendre leurs prières), d'humeur douce habituellement, mais pouvant tourner à une cruauté raffinée à l'égard d'une rivale. Inconscientes, sans pensée, leurs distractions consistent en de vague broderie ou de monotone musique, des parties de cartes, des réunions pour le thé à la menthe pris plusieurs fois par jour, les papautages sur les terrasses réservées aux femmes et où elles ne montrent que voilées. Certains époux, surtout les notables, interdisent à leurs femmes l'accès de la terrasse.

Les femmes arabes sortent peu; une fois par semaine, elles se rendent au « hamam » (bain maure) en voiture fermée, dissimulées sous leurs haïks (voiles). Un grand nombre de notables arabes ayant chez eux des bains maures installés, leurs femmes n'ont même pas la possibilité d'invoquer pour sortir, le prétexte du « hamam » et la monotonie de leur existence n'est de temps en temps rompue que par les fêtes de famille : mariage, naissance, baptême et circoncision. « Le reste du temps, elles

vivent enfermées, ternes et délaissées, attendant sans impatience la fin du jour qui ramène l'époux ».

Cette vie de reclusion de la femme arabe est observée dans toutes les classes de la société.

En 1902, Eug. Aubin y faisant allusion s'exprime ainsi :

« Dans l'enceinte familiale, *préservée de toute pénétration masculine*, le sultan habite au premier étage une grande pièce sur laquelle s'ouvre une véranda d'où la vue embrasse les jardins impériaux et la plaine de « Saïs »... »

Et plus loin :

« Le jeudi est jour de sortie pour le harem-chérifien, qui une fois par semaine est appelé à s'ébattre en liberté dans les jardins de Bonzeloud. Parfois aussi on permet à ces femmes de passer la nuit dans la koubba de N'bita, qui est au milieu des jardins de Lalla Mina (la sultane) et d'y faire la nzaha (fête) avec de la musique et des chanteuses ».

Tout Arabe qui possède une ou plusieurs femmes légitimes se croirait déshonoré s'il permettait à ses femmes de sortir ; seules les femmes trop pauvres pour avoir des esclaves et être servies sont obligées de faire leur marché et leurs commissions. En dehors de ces exigences de la vie matérielle, elles sont tenues de rester chez elles.

Il ne faudrait pas s'imaginer que la femme arabe souffre de cet état de reclusion ; dans son ouvrage de la sorcellerie au Maroc, le Dr Mauchamp qui savait si bien pénétrer l'âme de ses clientes indigènes et possédait le don de divination qui fait pressentir les sentiments non exprimés, écrit :

« Au Maroc les femmes ne conçoivent l'émancipation que dans la prostitution et se renferment plus que ne l'exigent parfois les hommes dans les étroites conventions et les superstitions des ancêtres. Ces créatures sont toutes matérielles. Cependant, dans leur ignorante bestialité, on ne peut pas dire qu'elles soient malheureuses : elles n'ont pas de désirs et ne souffrent pas de leur ignominie. Elles ignorent la nostalgie de la liberté et les aspirations morales de leurs sœurs de Turquie, leurs âmes dorment. Au Maroc, la femme arabe est réduite à la passivité des choses ».

Ce qui était vrai en 1907 l'est encore aujourd'hui ; nous eûmes souvent occasion de pénétrer dans des familles arabes ; jamais une femme n'exprima le moindre désir de sortir ou de mener une vie analogue à la nôtre ; la musulmane se serait au contraire cru deshonorée si elle avait avoué semblable sentiment.

Un notable arabe très pénétré des idées françaises et dont je soignais la femme me disait un jour : « Nos femmes ont une vie différente de la vôtre et vous pensez quand vous les observez qu'elles doivent être malheureuses de ne jamais sortir ; c'est une erreur ; elles sont très heureuses de leur genre de vie et n'ont pas le *temps de s'ennuyer* : elles s'occupent à se parer pour leur mari, écoutent les histoires des esclaves qui les tiennent au courant de ce qui se passe hors de leur maison où elles sont si bien qu'elles ne pensent jamais à la quitter ».

C'est qu'en effet rien n'est négligé dans son intérieur pour le bien-être de la musulmane.

L'Européen qui se promène par une des capitales arabes : Fez ou Marrakech est frappé par le dédale des rues couvertes et obscures qu'il traverse ; ces rues s'enchevêtrent en tous sens entre les grandes murailles blanches, grises ou noirâtres des maisons arabes. Dans ces murailles, presque jamais de fenêtres, des petits trous seulement, mais soigneusement grillagés ; les portes souvent renfoncées dans des embrasures profondes, (certains murs ont jusqu'à 1 m. 50 d'épaisseur) sont si basses qu'il faut se courber pour y entrer ; elles sont en outre bordées de fer, piquées de clous énormes, avec de gros verrous, des serrures immenses (la longueur moyenne des clés est 30 à 40 centimètres) et de lourds frappoirs de cuivre ou de fer représentant une main, un triangle ou un anneau monumental.

Certaines rues sont si étroites que lorsque deux personnes s'y rencontrent par hasard elles sont obligées de se plaquer l'une et l'autre aux murailles. Quand un cheval ou un chameau y passe, les gens qui viennent en sens inverse sont forcés de reculer ou d'entrer sous des portes.

Mais une fois les mystérieuses portes franchies, et après avoir traversé une enfilade de couloirs sombres, de refuges, de niches, traversé une, puis deux cours pavées et sévères, on arrive enfin au patio intérieur où une « arifa » (gardienne de confiance) vous introduit :

Alors la vue se repose sur des jardins d'orangers parfumés, agrémentés de fleurs aux nuances vives. Des serins ou d'autres oiseaux aux multiples ramages font entendre leur gazouillis ; des fontaines et jets d'eau rafraîchissent l'atmosphère. Autour du patio sont les appartements des femmes, vastes pièces murées n'ayant d'ouvertures que sur le jardin, munies d'une porte unique, garnies de matelas étroits rangés autour de la pièce et tenant lieu de divans, de coussins très nombreux, de tapis qui, pendant les fortes chaleurs, sont enlevés.

Dans toutes les habitations marocaines, on retrouve cette même disposition.

Il est certain que le choix est facile entre la vie à l'intérieur de ces habitations et la vie hors de chez soi, où grouille un peuple sale et miséreux dans un dédale de rues étroites ; il est aussi très naturel que la femme arabe qui, par hasard, sortirait de chez elle ait hâte d'y retourner.

Toute la vie des Marocaines tient en fait dans la pratique de l'amour physiologique : mariage et maternité résument leurs aspirations ; c'est ce qui les rend intéressantes au point de vue puériculture. En outre, l'instinct sexuel se développe très tôt chez elles ; soit influence de climat, soit exemple ou promiscuité ou genre de vie oisive, la petite fille pense au mariage, elle joue à la femme, se teignant au henné, maquillant ses mains et ses pieds (ce qui est le propre des femmes). Elle s'allonge les yeux au khol et se drape superbement dans son haïk, dissimulant son visage où seuls ses yeux expressifs et mobiles restent à découvert ; elle imite, en tout, les faits et gestes des femmes du harem.

Chez les notables du reste, dès l'âge de 7 ans ; les petites filles ne sortent plus à moins d'être voilées.

Les mariages précoces sont fréquents au Maroc ; ils sont,

semble-t-il, le seul moyen de sauver les petites filles d'amusements dégradants et funestes à leur santé qui, entre enfants, se pratiquent journellement, et aussi de la prostitution à laquelle, dès l'âge de 10 ans, les petites filles s'adonnent.

Une doctoresse établie depuis longtemps au Maroc nous affirma qu'elle fut souvent appelée à soigner des urétrites, des vulvites, d'origine gonococcique chez des enfants de 4 à 10 ans, frères et sœurs ou proches parents qui s'étaient infectés mutuellement en s'amusant entre eux ou avec des esclaves peu scrupuleuses.

Au service du Dr Madeleine à Marrakech que nous suivîmes un mois à peine, il nous fut donné de recueillir les observations suivantes :

Obs. 1. — Le 8 juin 1921, Zora... 5 ans environ (l'âge se calcule approximativement d'après le nombre de Ramdan, — sorte de période de jeûne spéciale ayant lieu une fois l'an) est amenée à la consultation des maladies vénériennes. Sa mère assure que l'enfant n'est pas sortie de chez elle, que la lésion dont souffre l'enfant est apparue depuis une huitaine de jours. L'enfant ne s'est jamais plaint d'avoir subi une violence de quiconque.

A l'examen : Chancre typique de la grande lèvre droite; un gros ganglion non douloureux au pli de l'aîne. Réaction inflammatoire et vulvite, hymen intact.

Traitement : 914 intraveineux 2 centigrammes tous les 6 jours, disparition consécutive des lésions.

Obs. 2. — Au mois de mai 1921, Fatma... âgée de 10 ans, est amenée à la consultation des filles soumises; elle présente des accidents de syphilis tertiaire se manifestant par un ulcère phagédénique au niveau de la fourchette qui est détruite; la paroi postérieure du vagin est entamée ainsi que le périnée en avant de l'anus. Injection de 914 tous les 6 jours, arrêt des lésions, réparation rapide.

Obs. 3. — Mois de juin 1921, Fatouma... 10 ans, originaire du Sous, est amenée régulièrement à la consultation des filles soumises depuis un an; actuellement, elle est internée pour chancre du col de l'utérus (juin 1921).

Une fois mariée, la femme pense à la maternité; c'est d'ailleurs pour elle le seul moyen de conserver son époux, car l'Arabe répudie impitoyablement ou délaisse entièrement la femme qui n'enfante pas. Lorsque le chef de famille possède plusieurs femmes légitimes, la favorite est celle qui a le plus d'enfants; si le chef de famille n'a qu'une femme légitime et que celle-ci n'a pas d'enfants ou tarde à en avoir, le mari prend

une esclave concubine qui acquiert une influence, d'autant plus grande qu'elle enfante plus souvent, d'où le désespoir des épouses qui n'ont pas d'enfants. Nous avons vu des jeunes femmes de 12 à 15 ans se lamenter de leur stérilité, essayant toutes les pratiques de sorcelleries réputées pour développer la fécondité ou la faire naître, suivant scrupuleusement les prescriptions les plus dures et quelquefois dégoûtantes des matrones, allant prier à tous les « marabouts » (tombeaux de saints) reconnus infaillibles pour leur cas, supplier Allah de leur donner une prospérité nombreuse et après avoir vainement tout essayé recourir en dernier lieu à la science de la « toubiba ».

Obs. 4. — Un jour, un Arabe notable, qui avait beaucoup voyagé et parlait admirablement le français, vient nous trouver à l'hôpital pour nous demander de passer chez lui voir une de ses femmes. Nous y courûmes; c'était notre première visite chez des musulmans.

Nous vîmes une jeune femme de 17 ans, remarquablement belle et très forte comme il convient à une jeune épouse musulmane, étendue sur un monceau de coussins. Elle était pâle, nerveuse; son mari nous expliqua qu'elle se disait enceinte depuis plus de 10 mois; qu'elle avait tous les « signes de grossesse » : nausées, envies bizarres, lassitude; qu'elle sentait même remuer son enfant.... Nous l'examinâmes très soigneusement, nous l'interrogeâmes, elle continuait à être réglée; elle avait beaucoup grossi, ce n'était pas étonnant vu son genre de vie sédentaire, ses repas fréquents et copieux : son ventre avait grossi, disait-elle, nous constatons en effet une obésité précoce. Au toucher, utérus petit, organes normaux, pas l'ombre d'une grossesse même au début. Nous fîmes part de notre diagnostic au mari, la femme se mit à pleurer, insista, nous assurant qu'elle ressentait tous les malaises des femmes enceintes; son mari traduisit et ajouta : peut-être son enfant dort-il comme elle prétend....

Nous ranger de leur avis, laisser persister une hérésie médicale dans l'esprit d'un Arabe qui se targuait de civilisation française nous semblait une lâcheté professionnelle, car il nous eut fallu souvent revenir examiner la femme et perpétuer son erreur; notre conscience s'y refusait; alors, avec tous les ménagements possibles nous expliquâmes au mari qui le traduisait au fur et à mesure à sa femme que cela n'existait pas, un enfant qui dormait ainsi des années dans le sein maternel; que nous n'avions trouvé aucune probabilité à l'existence d'une grossesse qui, cependant n'était pas une impossibilité. La femme dont la physionomie témoignait un profond désespoir au début de nos explications fut un peu rassurée par nos dernières paroles, et le mari lui-même conservant quelque espoir, nous dit : « Vous êtes désormais l'amie de la maison, revenez quand il vous plaira ». Nous n'y retournâmes que sur les instances du mari et un mois après; situation inchangée, nous fûmes obligés de déclarer franchement que nous ne croyions pas à une grossesse.

En partant, la femme nous dit quelques mots dont nous n'avons pas saisi le sens; 15 jours après nous y retournions; à sa place, trônait une jeune femme de 15 ans, mince, maquillée, en robe de brocart et l'air heureux. « Je suis enceinte, dit-elle; en effet, c'était une grossesse d'environ 5 mois et demi ».

Comme nous nous informions des nouvelles de l'autre femme que nous avions examinée, sa remplaçante nous répondit : « Elle n'est plus ici; il y a un an qu'elle jouait la comédie, prétendant que son enfant dormait; toi tu as découvert son mensonge et on l'a renvoyée; moi j'attendais mon tour d'être favorite; j'y ai droit, car je suis réellement enceinte ». Avant de quitter le Maroc, nous allâmes

revoir nos premiers clients; la seconde femme, toute radieuse, nous présenta un beau bébé rose et joufflu avec ophtalmie et impétigo. « Je l'ai, mon fils », dit-elle, c'est dommage que tu partes, tu me l'aurais soigné, car je crois qu'il commence à être malade: s'il meurt, c'est l'infâme Fatouma qui prendra ma place, cette esclave noire qui en est à son 2^e fils en moins de 18 mois?...

Obs. 5. — Un soir, nous fûmes invitée à dîner chez un caïd (chef de tribu), nous lui demandâmes à voir ses femmes; l'autorisation nous fut accordée.

Après le dîner, nous nous rendons au harem avec une autre convive qui portait en breloque un petit mestizo d'or. L'une des femmes du Caïd aperçoit cette figurine, elle insiste pour l'avoir. A peine lui remet-on l'objet convoité qu'elle écarte ses jambes et y dépose la figurine, espérant ainsi s'attirer la chance d'une conception: immédiatement, les autres femmes briguent la faveur d'avoir la figurine et agissent comme la première femme.

La première question que l'on nous a toujours posée quand nous pénétrions dans les harems, était: « Es-tu mariée? » réponse négative et stupéfaction des femmes qui ne conçoivent pas qu'on puisse demeurer célibataire. Aux visiteurs non mariés les femmes arabes indiquent toujours de nombreuses pratiques de magie pour faire venir l'époux qu'elles jugent indispensable à la vie.

Que de fois n'avons-nous pas noté chez les femmes arabes des mariages de fillettes âgées de 7 à 10 ans, avant même l'apparition des règles. Ces fillettes épousent des hommes jeunes, assez souvent des vieillards.

Obs. 6. — Consultation de Mme L.

Lalla X... âgée de 25 ans environ, se présente à la consultation pour faiblesse générale: elle raconte que depuis quelque temps elle n'a plus le courage de se lever pour vaquer à ses occupations, s'inquiéter de ses enfants; elle ne tient plus sur ses jambes, dit-elle.

A l'interrogatoire, nous apprenons que Lalla X..., fut mariée à 7 ans à un homme jeune, mais déjà tout barbu (25 à 30 ans).

Pendant 3 ans, son mari respecta sa virginité; à 10 ans elle fut prise, devint enceinte et accoucha normalement d'un enfant qui, actuellement l'aîné de 8 autres est âgé de 15 ans.

Cette femme devint enceinte et accoucha sans avoir été réglée au préalable. Actuellement elle est petite de taille, chétive, anémiée; elle a l'air vieillot et n'a plus de dents.

A la suite de quelques injections hypodermiques de cacodylate de soude, la malade reprit rapidement des forces.

Le Wassermann n'a pas été pratiqué.

Le costume de la Marocaine est en rapport avec son genre de vie et ses principes. Le temps n'ayant pour elle aucune valeur, elle n'a jamais à se presser; elle se prélassse, allant majestueusement tantôt d'une pièce à l'autre de ses appartements, tantôt faisant le tour de son patio. Sa vie oisive, ses allures dolentes s'accommodent de longues robes, de lourdes draperies.

Son costume comprend: un caftan de drap ou de soie, sorte de longue robe descendant jusqu'aux pieds; par dessus, une « nan-souriya » en étoffe très fine et transparente ajustée à la taille par une étroite ceinture de cuir ou par une large bande de soie

brochée d'or. Comme chaussures, des babouches de cuir ou de velours brodés d'or; comme coiffure un foulard frangé de couleur vive, d'où pendent 2 nattes grossies et allongées par des écheyaux de laine. On fixe au foulard des broches et pendants en or richement travaillé et rehaussé de perles précieuses, de lourdes boucles d'oreille soutenues par une cordelière nouée au-dessus du sommet de la tête, des bracelets aux bras et aux chevilles, des colliers de perles, des sautoirs où sont enfilés les traditionnelles « mains de fatma » complètent la toilette de la musulmane. Pour sortir, un « haïk » d'étoffe blanche enveloppe la tête et s'enroule gracieusement autour du corps.

Les hommes portent aussi un « caftan » de couleur dont les manches serrent les bras et qu'ils recouvrent aussi d'un vêtement de toile fine. Par dessus, ils revêtent une djellabah, sorte de long kimono à capuchon qu'ils portent sans cesse relevé.

Un « burnous » d'étoffe blanche enveloppe quelquefois la tête.

Plus souvent, sous le capuchon, la tête entièrement rasée est coiffée d'une chéchia rouge.

Dès leur plus jeune âge, filles et garçons portent ce costume; toutefois, on épargne aux petits enfants le poids des burnous et des haïks; les petits garçons n'ont que des « djellabas » aux couleurs vives dont l'éclat se modère avec les années.

Le genre de vie de la juive diffère de celui de la musulmane en ce que, de tout temps, la juive fut plus libre que la musulmane de sortir tant pour les obligations du ménage que pour les promenades. Cependant, la juive ne travaille guère plus que la musulmane aisée des villes; elle attache aussi une grande importance à l'extérieur de ses toilettes, mais elle est profondément sale; chez les juives aisées, il existe des pièces de réception, d'apparat qu'elles n'habitent pas; elles se contentent de grabats sales et de promiscuité pour leur vie quotidienne; de même leurs vêtements qui, extérieurement, témoignent d'une

tendance manifeste au luxe, à la parure, sont souvent salis, tachés et recouvrent des dessous infects.

En 1917, le Docteur Mauchamp écrivait :

« Quant à la femme juive dont l'esprit, sinon l'intelligence, est rendu moins obtus, moins puérile que chez la femme arabe grâce à la part plus active qu'elle prend à l'existence commune, elle n'en est pas moins enténébrée de préjugés et de croyances ridicules que seule l'ignorance absolue où elle végète peut entretenir ».

Cette opinion est encore vraie aujourd'hui; cependant les Juives ont accompli des pas de géant au point de vue civilisation française; grâce à l'Union israélite, de nombreuses écoles fonctionnent aux mellahs de toutes les grandes villes; les enfants israélites y apprennent des notions élémentaires qui les conduisent au C. E. P. Ils y apprennent surtout le français et presque tous les jeunes Israélites parlent couramment notre langue; on trouve en eux des interprètes complaisants, — trop complaisants même pour les acheteurs européens qu'ils estiment toujours, — et très fiers de leur savoir. Les petites Israélites s'habillent à la française.

Les femmes au-dessus de 18 ans ont conservé leur costume mi-européen, mi-marocain, les vieilles ont un voile blanc sur la tête. Mais la Juive sort le visage découvert.

Les petits garçons ont conservé le costume ancestral : caftan noir et calotte de même nuance, posée très en arrière du sommet de la tête et d'où s'échappe la longue mèche traditionnelle des enfants du ghetto. Quelques petits garçons et beaucoup de jeunes gens portent le costume français.

Chez les Israélites, bien plus encore que chez les Musulmans, on observe les mariages précoces, les petites filles se marient habituellement entre 8 et 12 ans; elles quittent l'école pour se marier. A 14 ans, elles sont mères et continuent à s'engraisser dans l'immobilité et l'ignorance.

Quelques-unes cependant très émancipées travaillent de façon lucrative soit au commerce, soit dans les dispensaires où elles font d'excellentes infirmières interprètes.

La famille est aussi précaire chez les Israélites que chez les Musulmans; cependant, là polygamie tend à disparaître, sauf dans le cas de stérilité de la femme longuement reconnue. Le Juif n'a qu'une femme; mais un grand nombre d'Israélites aisés « dont le bon cœur répugne à répudier leurs épouses défraîchies, préfèrent se constituer une sorte de harem par une honnête polygamie ».

Les familles juives vivent groupées dans les mellahs dont la saleté et la puanteur sont proverbiales et en font des foyers d'épidémie.

Pendant l'été de 1899, la petite vérole enleva à Marrakech 2.500 enfants; en 1901, à Fez, une épidémie du typhus causa en 4 mois 3.000 décès; depuis lors, la moins grande fréquence des épidémies et leur gravité moindre n'est due qu'au zèle des médecins qui pratiquent avec une ardeur et un dévouement sans égal, vaccination et sérothérapie; cette activité n'a malheureusement aucune action sur l'hygiène des familles et la propreté des mellahs qui demeurent déplorables.

Sur les 600 maisons du mellah, une centaine seulement sont habitées par une seule famille; chaque maison contient en moyenne 6 à 8 familles (50 personnes environ), qui crouissent autour d'un patio infect aux flaques d'eaux stagnantes où se mêlent immondices et ordures.

Un jour nous fûmes appelée chez une femme nouvellement accouchée.

Pour nous rendre à la pièce du rez-de-chaussée qu'elle habitait, nous fûmes obligée de traverser une cour tellement infecte que nous en eûmes la nausée; la pièce où se trouvait la jeune accouchée mesurait environ 2 mètres de large sur 4 de long; il s'y trouvait une quarantaine de personnes hommes et femmes, parents et voisins.

Sur un grabat étendu par terre, la femme était couchée dans des vêtements sales et souillés par la délivrance; à côté d'elle, un bébé normal dormait enveloppé de haillons dégoûtants....

A Marrakech, les négociants israélites riches quittent le melah pour émigrer dans la kasbah; ils y emmènent femmes et enfants, vivent un peu plus à l'aise, — pas beaucoup plus proprement, — dans des maisons installées à la mode mi-européenne mi-indigène avec tendance manifeste d'imiter les Français.

CHAPITRE II

Pratique obstétricale indigène.

Si nous nous reportons aux observations publiées par le Dr J. Engelmann de Saint-Louis Missouri dans la pratique des accouchements chez les peuples primitifs, — étude d'ethnographie et d'obstétrique, — nous nous rendrons un compte assez exact de l'évolution des pratiques obstétricales au Maroc; une des plus anciennes doctresses françaises au Maroc nous affirma avoir assisté dans son service à l'hôpital de Sablé à l'accouchement d'une femme fraîchement arrivée du Sous, qui au moment du travail, refusa de s'étendre, arpentant la pièce où elle était, de long en large; les douleurs se faisant plus fortes et au moment de la période de l'expulsion, elle s'accroupit dans un coin de la pièce et dans cette position, très facilement, mit au monde un enfant superbe et bien constitué; point n'est besoin d'ailleurs d'aller au Maroc pour avoir des exemples de ces accouchements rapides et dits primitifs: c'est l'histoire de la Parisienne qui, en tramway, se sent prise de fortes douleurs, descend du véhicule et n'a que le temps de s'accroupir le long du trottoir pour recevoir son enfant. Ce qui est ici accidentel fut régulier chez les primitifs.

Les femmes du Sous, les Chleues, les femmes bleues comme on les appelle, très connues pour la rudesse de leur genre de vie et de leurs coutumes, s'éloignent du douar (village) au moment du travail et s'en vont loin de tous regards dans le bled pour expulser leur enfant dans la station accroupie; elles ligaturent le cordon, attendent l'expulsion de l'arrière fait, y aident

en poussant, puis l'accouchement terminé, regagnent leur logis portant dans une pièce d'étoffe qu'elles fixent à leur taille, comme une écharpe de Mayor, l'enfant qui vient de naître.

Les jours suivants, elles reprennent leur travail et leur train de vie habituel.

Les choses ne semblent pas se passer si simplement chez les femmes plus civilisées des harems groupés autour des grandes villes : Casablanca, Rabat, Fez, Berrechid, Mogador, Marrakech, etc. Il semble que plus on avance en civilisation arabe, plus les pratiques obstétricales se compliquent en même temps que l'eutocie habituelle pure se change en distocie. Nous avons interrogé les quelques doctresses, en exercice au Maroc; aucune d'elles n'eut occasion d'assister à un accouchement, tel qu'il se pratique ordinairement et actuellement chez les Arabes.

Les docteurs, non admis dans les harems, peuvent encore moins fournir d'indication sur ce point; notre séjour au Maroc, ne fut pas assez long pour nous permettre des observations personnelles et il nous fallut nous adresser aux matrones et aux arifas pour obtenir les renseignements suivants.

Dès que la femme entre en travail, et aux premières douleurs, elle se lave au savon, revêt des vêtements neufs, puis se promène pendant presque toute la durée du travail; à la période d'expulsion, au moment où les douleurs sont plus fortes et rapprochées, la sage-femme arabe, matrone ayant enfanté plusieurs fois elle-même, s'assied sur une sorte d'escabeau, les pieds posés sur quelque chose d'élevé, les jambes écartées; la patiente s'assied en face sur ses jambes écartées, les mains appuyées sur ses épaules; la sage-femme reçoit l'enfant quand il arrive spontanément.

La femme continue à pousser pour expulser le délivre.

Par crainte des esprits de l'eau, on ne lave ni la mère, ni l'enfant après la délivrance. Quand les pertes sont trop abondantes, on se sert d'un quart de sucre délayé dans de l'eau-de-vie pour laver les voies génitales de l'accouchée.

Pour cicatriser la blessure, on a préparé au préalable un peu

de laine très propre qu'on a trempé dans de l'huile où l'on a délayé de la suie ; puis on introduit ce tampon dans le vagin.

Ensuite, la matrone presse toutes les parties du corps de la parturiente ; elle la fait étendre sur un côté, s'assied sur l'autre pour mieux enrouler autour de ses membres inférieurs et de son tronc, une large bande d'étoffe à turban faisant compression.

Enfin, on administre à la malade une potion composée de miel et de beurre fondus ensemble qu'on fait suivre plus tard d'une bouillie de farine.

Une demi-heure environ après la délivrance, on presse légèrement les seins de l'accouchée afin d'en extraire un peu de colostrum ; on huile légèrement le mamelon, et la jeune maman fait téter son bébé.

Aussi longtemps que l'accouchée garde le lit, on lui donne du miel et du gingembre.

Les relevailles sont en moyenne de sept jours pendant lesquels la jeune mère reste dans ses couches et vêtements souillés, ne change ni de linge, ni de matelas de toute la semaine par crainte des esprits.

Conduite suivie en cas de distocie.

Nous avons jusqu'à présent envisagé l'entocie ; examinons ce qui se passe en cas de distocie.

Les distocies, contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, étant donné les conditions naturelles où vivent les femmes arabes, ne sont pas rares, et, ce qui est déplorable, toute femme dont l'accouchement ne se fait pas spontanément est appelée fatalement à succomber, la religion musulmane et les coutumes arabes n'autorisant aucune intervention même manuelle au moment de l'accouchement.

Si le travail traîne en longueur, on fait absorber à la parturiente des boissons nauséuses de nature à déterminer des

efforts de vomissements qui augmentent les contractions utérines ou les réveillent?

Quand ce procédé est insuffisant, mère et fœtus sont abandonnés à la nature et meurent d'infection, d'épuisement ou d'hémorragie. Une doctoresse m'affirma avoir été appelée près de femmes indigènes en état d'infection puerpérale, dont les cas étaient désespérés et qui, depuis huit jours, avaient à la vulve une partie fœtale, tête ou siège en putréfaction complète sans qu'aucun essai d'extraction n'eût été fait.

La « arifa » du Dispensaire antispécifique de Marrakech que nous avons interrogée pour avoir des explications sur les raisons de la non-intervention en cas de distocie, nous répondit d'un ton convaincu empreint de tout le fatalisme de sa race :

« Personne n'intervient à l'accouchement de la génisse.

« Ce qu'Allah fait est bien fait; s'il ne veut pas que la mère enfante nul n'a le droit d'aller contre ses desseins ».

Accouchement chez la Juive.

En 1907, le Dr Mauchamp écrivait :

« La jeune mère juive est assistée de deux sages-femmes : l'une, est assise sur un escabeau et tient étendue sur ses genoux la patiente qui enfantera entre les jambes de la sage-femme; l'autre matrone est assise par terre pour recevoir l'enfant et maintenir le périnée. Au moment de la délivrance, elle tient à deux mains une serviette recouverte d'une étoffe de laine pour recevoir le bébé qu'elle ne doit pas toucher avec les mains. Si les douleurs sont vives (voies génitales sèches), on introduit un peu d'huile avec du blanc d'œuf. D'autres matrones maintiennent les bras et les jambes de l'accouchée ».

Aujourd'hui, comme nous l'avons expliqué au début, les Juives ont rapidement évolué. A Marrakech, une matrone juive et sa fille opèrent suivant la mode française, la propreté en moins. La saleté des mellahs et des intérieurs juifs ne permet pas d'opérer proprement chez les pauvres. Les Juives

riches font chercher la sage-femme française et même recourent au docteur ou au chirurgien militaire, le cas échéant. Il est à noter cependant qu'elles font appel à la science médicale souvent trop tard, lorsqu'il n'y a plus aucun espoir de sauver la patiente.

De même, quelques Arabes modernisés font appel à la femme docteur ou à la sage-femme européenne au moment de la naissance de leur premier enfant et certaine doctoresse m'a dit avoir eu plusieurs fois occasion d'intervenir au forceps pour achever un accouchement.

Pendant la grossesse, aucun régime spécial ne nous a été signalé. La femme enceinte se plaint rarement de phénomènes autres que envies bizarres et nausées qu'elle accuse toujours quand elle se croit enceinte, même à tort. La pathologie de la grossesse n'a jamais été étudiée.

Quelques femmes ont l'habitude d'absorber pendant leur grossesse, surtout à partir du 7^e mois, de la terre à foulon qu'elles mâchent toute la journée, sous prétexte d'aider à la solidité des os de leur enfant futur.

CHAPITRE III

Pédiatrie marocaine.

Quand naît le premier enfant (fille, heureux présage), l'enfant est teint au henné des pieds à la tête, son petit corps est oint de beurre, enveloppé de flanelles. Le septième jour est celui du baptême. Le matin, à la première heure, les amis sont conviés au repas de la « agiga ». Vers neuf heures, un « taleb » ou mieux encore un « chérif » sacrifie un mouton à l'intention de l'enfant et prononce en égorgeant l'animal les paroles sacramentelles : « Au nom de Dieu, c'est le baptême d'un tel, fils d'une telle ». Alors l'enfant est lavé pour la première fois ; on lui met du henné aux pieds et aux mains, du khol sous les yeux, on le revêt de ses plus beaux vêtements et on le couche auprès de sa mère, en plaçant à la tête du lit des bougies allumées.

Pendant 40 jours, il est admis que le nouveau-né ne doit pas sortir de la maison paternelle ; ce délai passé, on va le présenter à Moulay Edriss, auquel il apporte une offrande et des fleurs. (Eug. Aubia).

La désinfection préventive des yeux par le jus de citron ou autre antiseptique est inconnue. Le henné préserve la peau de l'atteinte du staphylocoque mais n'empêche pas l'ophtalmie très fréquente chez les nourrissons. La toilette à l'eau et le bain sont prohibés chez le nouveau-né, même après 40 jours ; on se contente en général de le nettoyer à l'huile ou à la graisse fondue.

Nous avons été appelées dans une famille arabe aisée de Casa-

blanca pour un bébé de 6 mois, qui présentait un eczéma impétigineux des régions auriculaires, s'étendant aux régions temporales jusqu'aux angles externes des yeux, avec blépharite concomitante. Force procédés avaient été employés déjà sans succès pour guérir l'enfant. Il était très gros, joues très rouges, aspect manifeste de bébé suralimenté; les replis de la peau du cou et des pavillons des oreilles étaient crasseux; la jeune mère m'avoua n'avoir jamais encore nettoyé son bébé à l'eau et au savon. Cependant, les Arabes se prêtent à de fréquentes ablutions prescrites par le Coran.

Le bébé arabe, jusqu'à 40 jours, quelquefois davantage, est enveloppé de pièces d'étoffe qui enserrant le corps et les membres et sont fixées par une longue cordelière plate qui s'enroule autour et les retient des pieds à la tête; seul, le visage aux sourcils allongés par le khol se dégage de cette enveloppe donnant au bébé un aspect de momie ancienne (Planche I).

Le bébé est alors porté sur les bras de sa nourrice. Après 40 jours, il est revêtu du costume traditionnel, et jusqu'à l'âge de 2 ou 3 ans, bien après qu'il ait essayé ses premiers pas, il est porté à cheval sur le dos, comme le représente la Planche II.

Pour sortir, l'enfant ainsi porté est recouvert par le haïk de sa mère, et c'est un effet bizarre, de voir déambuler les femmes de la classe pauvre. Leur dos, rendu très proéminent par leur fardeau spécial, leur donne une silhouette de polichinelle dont la bosse laisse, par moments, échapper des lamentations mystérieuses et sinistres.

Un an au plus tard après la naissance, le barbier rase la tête de l'enfant, ne laissant aux garçons que quelques mèches d'une disposition bizarre et aux filles qu'une touffe au sommet de la tête; la touffe s'élargira peu à peu jusqu'à devenir la chevelure complète (Planche I). A partir de 7 ou 8 ans, la petite fille garde tous ses cheveux; un peu après, elle se coiffe avec deux nattes nouées ensemble, et le moment est venu où il lui faudra prendre le voile.

Toute cette période est celle des maladies du cuir chevelu



Une famille de Faziens. — Sur l'esclave noire un bébé de 40 jours représenté par une masse de langes cylindroïde. La fillette âgée de 6 ans n'a plus qu'une étroite couronne de cheveux ras; dans un an ou deux, on lui laissera pousser toute sa chevelure.

auxquelles rarement l'enfant échappe ; maladies bénignes dans les cas heureux folliculites, simples et pyodermites ; impétigo de Bockhairt, gourme résultant d'une infection staphylococcique du cuir chevelu lésé par une tonsure trop courte ou maladroite ; folliculites plus graves, tricophities, sycosis, teignes tondantes, pelade dues au contagement par rasoirs malpropres.

Entre 2 et 7 ans, il est procédé à la circoncision des garçons ; l'opération est faite par le barbier de la famille dans un coin de la Mosquée de Moulay Edriss ; cette cérémonie s'accompagne d'une fête qui dure plusieurs jours. La plaie est pansée au henné ; on n'observe presque jamais d'accidents.

Les enfants arabes dorment tous ensemble dans la même pièce qui abritent les femmes pour la nuit. Ils s'étendent tout habillés sur des matelas rangés autour de la pièce et sont protégés contre le froid par des couvertures de laine ou des haïks que, dans la journée, l'on range dans des coffres. L'usage des draps et du linge de nuit est inconnu.

Chez les riches, dans les pièces réservées pour les réceptions, sont deux grands lits de style anglais, très souvent en cuivre, placés à chacun des bouts de la pièce ; ces lits sont des objets de parade et l'on n'y couche pas.

Les enfants accompagnent en général leurs mères, une fois par semaine, au hamam (bain maure) qui comprend 2 pièces, une étuve et une pièce de repos. Ces établissements sont mal aérés, les eaux y stagnent, répandant une odeur nauséabonde. De plus, on use de serviettes et d'éponges mises à la disposition des clients, mais qui, tour à tour, sont employées par des baigneurs différents et sont rarement changés.

Pour les sorties et les soins quotidiens, les petites filles, jusqu'à l'âge de 7 ans, où elles prennent le voile, sont confiées à des domestiques, anciennes esclaves.

Les petits garçons sortent plus librement ; ils vivent en compagnie des femmes jusqu'à l'âge de 12 ans ; mais dès l'âge de 5 ans, ils sont envoyés à l'école où ils apprennent à lire, à écrire et à réciter le Coran.



De gauche à droite : 1^o Bébé tête ; il reprendra ensuite sa place à cheval sur le dos de sa mère. — 2^o Bébé est bien réveillé ; sa mère a enlevé son haïk pour mieux le faire voir. — 3^o Bébé dort ; malgré la chaleur excessive (40° à l'ombre) il était recouvert du haïk de sa mère que momentanément elle a soulevé. — 4^o Bébé a juste 40 jours : il est porté par devant ; sa mère est en tenue de ville, haïk drapé, visage voilé.

Ces écoles sont nombreuses; il y en a une au moins par quartier. Ce sont en général des petits recoins situés au rez-de-chaussée (insids), fermés par des paravents en bois décorés derrière lesquels on entend le bourdonnement des élèves annonçant les versets du Coran. L'une de ces écoles nous a particulièrement frappée : située sur l'allée qui mène à la Mamounia (hôpital indigène), elle comprenait une dizaine d'enfants de 6 à 10 ans, qui, dans une sorte de hangar, assis en demi-cercle, psalmodiaient à tue-tête leur leçon, cependant que le fégih (maître), armé d'un long bâton flexible, rappelait à l'ordre, en les frappant, les élèves inattentifs.

Les enfants de ces écoles populaires sont sales, atteints d'affections cutanées qu'ils se passent de l'un à l'autre. Leur visage encore trop souvent grêlé, leurs yeux déformés par d'énormes taies ou des sequelles d'ophtalmie ancienne leur donne un aspect sinistré.

Point de récréations dans ces écoles, les enfants y viennent de 8 à 12 et de 14 à 18 heures. Ils travaillent tout ce temps dans des pièces trop petites, des réduits, des antres mal éclairés, offrant des conditions nuisibles à leur développement physique et intellectuel. C'est plutôt un apprentissage d'abrutissement qui conduit à la déchéance totale et au fatalisme.

Pour les filles, il existe à Fez une quinzaine d'écoles, mais la présence des enfants y est assez irrégulière. Quelques écoles professionnelles sont établies déjà à Salé, Mogador, Rabat, Marrakech pour la couture, la broderie et les tapis. L'instruction y est donnée sous la direction de maîtresses françaises.

Au point de vue alimentation, l'hygiène n'est pas mieux observée.

L'enfant est en général nourri par sa mère. Dans le cas de décès de la mère ou d'impossibilité pour elle de nourrir, l'enfant est confié à une nourrice, esclave de la maison du chef ou voisine de bonne volonté. Nous avons vu à Marrakech deux bébés de 3 et 5 mois, que leurs mères nourrissaient au lait de

chèvre ; mais c'était déjà je crois des « civilisées » qui obéissaient aux prescriptions du « toubib » de la Consultation anti-spécifique où elles se faisaient soigner.

N'allez pas croire cependant que le nourrisson soit exclusivement au sein ou au lait ; dès l'âge de 3 ou 4 mois, la mère donne à l'enfant un peu de la nourriture qu'elle absorbe, lui faisant boire du thé à la menthe, du bouillon, de la soupe, lui donnant du pain trempé dans de la sauce, du couscous, etc.

Cette alimentation mixte spéciale est administrée au petit bonheur, quand l'enfant crie ou quand la mère prend son repas. Alors même que le bébé soit uniquement au sein, les tétées lui sont données à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, pourvu qu'il pleure.

Obs. 7. — Une nourrice arabe était employée à Rabat dans une famille d'officier où après maintes supplications, elle avait accepté de donner 3 tétées par jour à un bébé français dont la mère était morte de fièvre puerpérale. Elle nourrissait en même temps son propre enfant, mais elle n'avait jamais pu se soumettre à la discipline de faire téter son bébé à des heures régulières. Malgré la défense expresse qui lui avait été faite de nourrir son enfant autrement qu'au sein elle trompait la surveillance la mieux exercée, donnait en cachette à son enfant âge de 6 mois, force panade, riz, lentilles et s'étonnait des troubles digestifs consécutifs à ce régime.

Obs. 8. — Dans une famille arabe où nous avions été invitée à déjeuner, nous avons vu deux enfants : 4 et 6 ans, se régaler de mets aux sauces pimentées et poivrées qui, dès la première bouchée, nous avaient occasionné une si vive cuisson du palais, que nous fûmes dans l'incapacité d'en prendre une seconde bouchée.

Une fois l'apparition des prémolaires, l'enfant mange à la table commune et il mange de tout. Cependant la cuisine arabe est très épicée et loin de convenir à de jeunes estomacs.

La boisson habituelle est l'eau, ou, en dehors des repas, le thé à la menthe. La religion musulmane interdit l'absorption du vin et des alcools.

Les mets sont servis dans de grands plats où chacun puise simultanément avec les doigts. Toute la famille mange dans le même plat et boit à la même coupe.

Dans la famille ainsi organisée, aucun soin particulier n'est pris pour éviter la propagation des maladies contagieuses dont les Arabes ignorent d'ailleurs le mécanisme de transmission. Le

gonocoque très fréquent passe d'un conjoint à l'autre, puis au bébé lors de sa naissance, puis aux frères, aux sœurs, à toute la maison. Les doigts et linges souillés contaminent les yeux, causant force désastres.

Les maladies du cuir chevelu propagées par les « barbiers indigènes » font tache d'huile.

Le *treponema pallidum* afflige la presque totalité de la population : les hérédos-syphilitiques sont légion ; il n'est pas rare aussi que des enfants au-dessous de 10 ans présentent des accidents syphilitiques secondaires cutanéomuqueux d'une gravité surprenante et que nous n'avons jamais vu signaler nulle part.

Observations de la Consultation du Dr Madeleine à Marrakech.

I. — Le 13 juin 1921, se présente à la consultation, une femme indigène portant pour être examiné un bébé âgé de 8 mois. L'enfant n'est pas le sien ; elle donne sur lui les renseignements suivants :

Fille d'une épouse légitime d'un « caïd » (chef) nourri au sein par sa mère qui est jeune?... c'est un 2^e enfant, le premier est mort l'année dernière à l'âge de 5 ans ? environ.

Examen : Enfant normalement développé, n'a pas été pesé. Ventre un peu gros et dur, le foie et la rate ne sont pas gros.

L'enfant a 2 incisives supérieures, ses lèvres sont œdématisées, elle a un coryza qui dure, paraît-il, depuis sa naissance. Elle présente des plaques muqueuses buccales et génitales.

Aucun renseignement sur son état pathologique antérieur.

Le même jour, nous avons recueilli les autres observations qui suivent.

II. — Fillette âgée de 9 ans, jeune esclave conduite à la consultation par une femme de la maison d'un caïd. L'enfant est bien développée, elle a une vaginite aiguë, de la gonorrhée (hymen intact) ; de plus, elle présente aux cuisses et au bras droit des lésions de syphilis tertiaire : syphilides ulcéro-gommeuses.

III. — Fillette âgée de 4 ans, normalement constituée ; elle a de la vaginite et un chancre typique de la grande lèvre droite.

IV. — Garçon de 12 ans environ ; effondrement du voile du palais, déchirures anales, ulcère phagédénique de la verge.

V. — Garçon de 8 ans, normalement constitué ; sur tout le corps, syphilides circonscrites tuberculo-croûteuses.

Cette consultation de plus de cent clients comprenait relativement une forte proportion d'individus très jeunes et des enfants.

Pédiatrie juive. — Chez les Juives, tout autant de maladresse et plus de saleté au point de vue alimentation et hygiène de

l'enfant. Cependant, la Juive nourrit son enfant exclusivement au sein aussi longtemps qu'elle le peut, quelquefois jusqu'à 18 mois; quand elle n'a pas assez de lait pour nourrir complètement, elle s'aide de bouillies, et accepte assez facilement de ne pas donner à manger ou à boire à son bébé chaque fois qu'il pleure.

Pour les enfants plus grands, la religion juive dicte d'excellentes prescriptions au point de vue nourriture et préparation des mets; malheureusement, l'intempérance n'est pas prohibée et l'alcoolisme est la grande plaie des mellahs.

Il est cependant à noter que l'on observe chez les enfants peu ou point de lésion syphilitique acquise, mais en revanche, les maladies contagieuses se propagent avec une rapidité surprenante dans les mellahs dont la puanteur et la saleté sont proverbiales.

Avant le protectorat et les bienfaits des vaccinations, la petite vérole, la fièvre typhoïde et la malaria décimaient les communautés juives comme actuellement encore les ophtalmies et les maladies de peau les abîment.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Comment faire profiter une société ainsi organisée des bienfaits de la puériculture ?

Dans tout essai de puériculture indigène, on se heurtera à 3 facteurs importants :

- 1° Les croyances populaires, les mœurs et coutumes locales.
- 2° L'organisme maternel : constitution au moment de l'accouchement de celle qui enfante.
- 3° Les maladies sociales : syphilis, tuberculose.

Nous envisageons successivement ces différents facteurs et les possibilités de les modifier en vue d'un résultat satisfaisant.

Au point de vue hygiène prénatale, la femme indigène ne se fait jamais visiter, ni pour établir un diagnostic ferme de grossesse, ni pendant la grossesse reconnue pour s'assurer les chances d'un accouchement heureux. Elle ignore les premiers éléments de physiopathologie de la grossesse, sa durée normale, les modifications normales ou pathologiques de l'organisme, qui l'accompagnent.

Elle s'imagine concevoir par la volonté d'Allah, elle croit pouvoir garder « in utero » pendant un nombre d'années illimité le produit de la conception : l'enfant « qui dort » et qui un jour spontanément se réveillera et naîtra.

Telle femme ayant passé la cinquantaine et qui n'est plus réglée depuis longtemps vient consulter la doctoresse et lui demande un « médicament » capable de la faire enfanter.

Une autre jeune femme délaissée par son mari depuis plusieurs années vient demander le traitement qui pourra lui « donner » un enfant.

Persuadée que la grossesse est le résultat du hasard, la femme indigène attend impatiemment le phénomène heureux qu'est la naissance de l'enfant. Elle s'adresse aux matrones pour être renseignée sur toutes les pratiques de sorcellerie propres à réveiller l'enfant endormi qu'elle croit porter dans son sein; quand la magie est impuissante à la satisfaire, elle subit l'abandon de son mari qui, quelquefois, mais cela très rarement et dans la classe aisée seulement, s'adresse à la « toubiba » (femme-médecin) pour la confirmation d'une stérilité soupçonnée. La musulmane se laissera alors facilement examiner chez elle par la « toubiba » jamais par un « toubih » (médecin).

Il en est de même pour la Juive qui, cependant aujourd'hui va volontiers, quelquefois spontanément trouver la « toubiba » pour s'assurer d'une grossesse probable; mais là encore l'ignorance des phénomènes de génération est totale.

Obs. 14. — Une sage-femme juive âgée de 50 ans environ, ayant longtemps travaillé à Marrakech guidée par des médecins européens, nous disait un jour :

Depuis 8 ans déjà j'ai le ventre gros; j'étais enceinte et j'ai essayé de tuer l'enfant que je portais en buvant des « remèdes », l'enfant s'est endormi et maintenant il semble vouloir « sortir ». Je souffre de partout, je suis malade, je voudrais bien que cet enfant meure tout à fait, car autrement c'est moi qui mourrai.

Cette sage-femme est la seule sage-femme indigène qui possède quelques notions d'obstétrique et qui sache que l'on doit se laver les mains avant de pratiquer un accouchement. Il n'est pourtant pas démontré qu'elle le fasse toujours, le cas échéant.

Le diagnostic de grossesse peut donc être posé quelquefois chez la Juive, très rarement, on pourrait dire presque jamais chez la Musulmane. A fortiori il n'est pas d'usage, les coutumes indigènes le prohibent même, de se faire suivre régulièrement par la « toubiba » pendant la grossesse.

Cependant, il nous est arrivé d'être appelée à Casablanca auprès d'une jeune femme qui se plaignait de souffrir d'essoufflement et qui se croyait enceinte. Nous l'examinâmes, et après avoir affirmé qu'il n'y avait pas de début de grossesse, nous

fûmes invitée à suivre la malade et à lui faire des piqûres pour lui donner de la « force ».

Les jours suivants, plusieurs femmes, amies et parentes de notre cliente, étaient présentes au moment de notre visite et sollicitaient un examen gynécologique.

Nous avons donc eu la preuve qu'une doctoresse arriverait aisément à organiser des consultations prénatales au domicile des clientes d'abord, puis au dispensaire spécial pour la généralité des femmes qui sont autorisées à sortir du harem.

Au moment de l'accouchement, le gynécée semble encore plus fermé. A cet acte important qui se passe à huis-clos pour la femme des champs et chez les pauvres, en présence de matrones autorisées dans les classes aisées, nulle étrangère n'est admise, sa présence profane pourrait « attirer le mauvais sort » ; et quand par hasard, on se décide à faire appel à la « toubiba », il est toujours trop tard, la femme est perdue.

Chez les Juives, cet exclusivisme n'existe pas ; la matrone juive va volontiers chercher la « toubiba », voire le « toubib » quelquefois assez à temps pour éviter un désastre quand ce désastre est de cause immédiate : inertie utérine, excès de volume du fœtus commandant une application de forceps.

Après l'accouchement, le danger causé par l'ignorance des plus simples notions d'hygiène est accru par la crainte des esprits malins, les pratiques de magie qui entourent la naissance de l'enfant et que les matrones exécutent avec toute la ponctualité qui souligne leur fatalisme.

Le moyen d'atténuer ces difficultés, d'appliquer l'hygiène, la thérapeutique de la grossesse et de l'accouchement est signalé dans le rapport présenté par Mme la Maréchale Lyautey au Congrès international des œuvres de l'Enfance à Bruxelles les 22 et 26 juillet 1921, rapport publié dans le 1^{er} Numéro du « *Maroc Médical* » le 15 novembre 1921. Nous y relevons ce qui suit, au projet d'instruction technique des « gablas » sages-femmes indigènes.

« Ce projet en cours d'études recherche les moyens de rendre pratique la protection de la mère et de l'enfant en bas âge dans un pays où le gynécée est plus fermé que partout ailleurs. Ni les médecins, ni les doctresses, ni les sages-femmes (quelquefois indigènes, mais étrangères au pays, Algéro-Tunisiennes), ne peuvent détrôner les malrones.

« Les indigènes préfèrent ces dernières accréditées par les préjugés, les habitudes ancestrales, la faveur des vieilles femmes, etc... Il n'y a donc qu'un moyen de remédier à la mortalité des mères et des enfants, c'est de choisir des femmes marocaines susceptibles d'être instruites ».

Ce moyen est en effet le meilleur, le choix des femmes marocaines susceptibles d'être instruites étant possible, sinon facile.

Nous avons vu à l'œuvre dans la Consultation indigène « Marie Feuillet » à Rabat une Marocaine qui secondait admirablement le Docteur Guilmoto, médecin des œuvres de Mme Lyautey. Cette infirmière indigène observait scrupuleusement les notions d'hygiène qui lui avaient été apprises et prodiguait de façon intelligente aux bébés les soins prescrits par le docteur.

A Marrakech, une jeune femme israélite seconde très habilement le docteur dans ses consultations gynécologiques au Dispensaire de prophylaxie publique.

Les femmes marocaines, tant musulmanes que juives, sont donc très susceptibles d'être instruites et mises au courant des manœuvres obstétricales nécessitées dans un accouchement normal. La difficulté réside justement dans la possibilité de l'enseignement.

Le premier essai de maternité indigène est en projet à Marrakech ; s'il aboutissait, l'enseignement pratique serait aisé, il se ferait par la doctresse et les sages-femmes françaises qui opéreraient en présence des élèves indigènes recrutées.

En attendant que des maternités indigènes puissent fonctionner dans les différents centres du Maroc, on pourrait, sauver des milliers de vie en utilisant des infirmières visiteuses françaises dont l'éloge n'est plus à faire et qui, secondant puissamment la doctresse, la remplaçant très souvent, useraient

du tact dont elles ont fait preuve jusqu'ici pour s'introduire dans les milieux indigènes, et amener les femmes à recourir à la doctoresse, le cas échéant, ou encore à se rendre régulièrement aux consultations qui leur seraient réservées.

Les mœurs et coutumes locales sont aussi en désaccord avec l'hygiène quand il s'agit d'élever le nourrisson, puis plus tard l'enfant : allaitement irrégulier, trop abondant, nourriture précoce, méconnaissance des soins élémentaires de propreté, promiscuité commandant toute la pathologie des nourrissons et des enfants, déterminant des troubles digestifs graves, du rachitisme, des ophtalmies purulentes, des maladies du cuir chevelu et des affections cutanées.

Là encore, l'activité de l'infirmière visiteuse et son dévouement trouveraient l'occasion de se manifester.

Elle faciliterait la tâche des médecins ou des doctresses françaises dont les consultations sont suivies avec une confiance soutenue et régulière qui honore ceux de nos confrères travailleurs de la première heure au Maroc ; elle assurerait les résultats de la médication ordonnée et les rendrait durables en veillant comme elle le fait en France à l'exécution des prescriptions données à la consultation, soit que ces prescriptions concernent l'hygiène générale de l'alimentation du nourrisson, soit qu'elles aient trait aux maladies des enfants qui fréquentent les consultations.

L'œuvre de puériculture indigène utiliserait aussi les infirmières scolaires dont, sans contredit, la nécessité au Maroc est aussi grande que celle du médecin inspecteur d'école. Celui-ci en effet constate un état déplorable, le signale, mais ne l'améliore pas ; la première au contraire, toujours à la tâche, dépiste les maladies, soigne les enfants, contribue à l'amélioration des conditions d'hygiène par la surveillance constante qu'elle exerce, par son activité toujours en éveil, qui sait tirer parti des moyens de fortune qui lui sont offerts.

CHAPITRE II

L'obstacle opposé à la puériculture indigène par les croyances populaires, les mœurs et coutumes locales ayant été surmonté grâce à l'aide précieuse des infirmières visiteuses, la doctoresse se trouve en face d'un organisme maternel auquel les coutumes ancestrales ont communiqué des caractères spéciaux.

Examinons si ces caractères peuvent constituer un obstacle à l'accouchement normal.

Le bassin de la femme arabe se ressent toujours d'un certain degré de rachitisme qui semble résulter en partie de fautes de l'alimentation ou de causes endocriniennes ayant déterminé une malléabilité particulière du squelette et qui, dans les premières années de la vie, favorise les déformations par posture habituelle.

Comme le montre la Planche II, le nourrisson arabe depuis l'âge de quarante jours jusqu'à l'âge où il marche bien tout seul est porté à cheval sur le dos, les jambes écartées, de telle sorte qu'il s'opère une sorte de bascule interne des os iliaques dont les crêtes se rapprochent en même temps que les ischions s'écartent l'un de l'autre.

La filière pelvienne prend ainsi une forme en éteignoir décrite par les auteurs dans quelques bassins plats rachitiques où le détroit inférieur est plus large que le détroit supérieur. En même temps, l'enfant dont la partie supérieure du rachis et la tête sont rejetés en arrière, présente un certain degré d'ensellure lombaire qui se fixe par la suite et devient héréditaire.

La première déformation ne fait que s'accroître par la position assise spéciale des Arabes, position indiquée à la Plan-



Femmes arabes dans leurs occupations habituelles.

che III représentant une photographie prise au mois de Juin 1921, à Marrakech au Dispensaire-hôpital du Docteur Madeleine. Les cuisses sont très écartées, les os iliaques basculent, rapprochant leurs crêtes et éloignant leurs ischions.

Au complet développement qui a lieu à des âges divers chez les femmes arabes et qui dépend aussi de l'âge auquel elles se marient et enfantent, le bassin présente toujours la forme du bassin plat rachitique à détroit inférieur élargi. Le losange lombo-sacré ou de Michaelis est réduit à peu près à un triangle, l'ensellure lombaire est assez accentuée (Planche IV et V).

Sur plus de 150 examens avec mensurations faits dans le service du Docteur Madeleine à Marrakech, pas une fois nous n'avons trouvé de variation à la forme précitée.

Quatre jeunes femmes arabes dont l'une est âgée de dix ans ont été prises au hasard pour être examinées; les radiographies faites à l'hôpital militaire de Marrakech, service du Docteur Eysrie ont donné les résultats suivants :

Ischions rejetés en dehors, filières pelviennes en forme de pyramides tronquées dont les petites bases sont au niveau du détroit supérieur.

Chez la plus jeune femme âgée de 10 ans, le toucher permettait l'exploration d'un bassin minuscule où les diamètres relatifs signalés étaient les mêmes; le doigt qui atteint le promontoire explore facilement tout le petit bassin et perçoit nettement l'évasement du détroit inférieur. On se trouve en face d'un bassin justo-minor indigène spécial dont les dimensions très réduites à cause de la petite taille du sujet conservent cependant les anomalies des bassins de femme de grande taille.

Nous avons ainsi noté dans nos examens la fréquence des rétroversions utérines, l'expérience ne nous a permis d'établir le rôle que pouvaient jouer ses déviations au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Rien autre chose de particulier à signaler dans l'organisme maternel. A l'âge où ces jeunes femmes sont intéressantes au point de vue puériculture, la sélection naturelle a fait son



Losange lombo-sacré très aplati.

œuvre; nous nous trouvons le plus souvent en face de sujets vigoureux et résistants qui peuvent supporter très facilement les fatigues de la maternité.

Cette disposition du bassin que nous avons indiquée ne cause pas de distocie; elle détermine au contraire les accouchements rapides que signalent les « gablas ». La tête fœtale, une fois qu'elle a franchi le détroit supérieur, ne rencontre plus d'obstacle; sous l'action des contractions utérines, elle parcourt rapidement la filière pelvienne, se dégage brusquement, occasionnant quelquefois de larges déchirures périnéales qui n'étant pas réparées sont suivies de prolapsus particulièrement accentués.

« Les « gablas » signalent aussi la fréquence des cas où le travail traîne en longueur; ces cas sont presque toujours suivis de la mort, du fœtus et de la femme.

La cause de ces désastres provient de ce que la parturiente ne sait pas ménager ses efforts : elle pousse trop tôt, avant la dilatation complète, elle pousse dans l'intervalle des douleurs; le muscle utérin en arrive à la fatigue et à la paralysie. D'autres fois, il se tétanise, enserrant une partie du fœtus dont la tête est déjà à la vulve et faute d'intervention, la mère et l'enfant meurent.

Ce n'est donc pas l'organisme maternel qui constitue un danger au moment de l'accouchement; c'est l'ignorance de la gabla qui ne sait pas guider la jeune femme et l'obliger à ménager ses efforts.

La cause principale des distocies qui ne sont pas rares ne réside pas dans les malformations pelviennes, mais dans l'inertie fréquente du muscle utérin ou sa tétanisation.

C'est ici que se pose l'indispensabilité de gablas munies des notions élémentaires d'obstétrique, car les doctresses très rares au Maroc, cinq ou sept en tout, ne peuvent prodiguer leurs soins qu'à un très petit nombre de femmes.

Mais déjà les infirmières indigènes dressées aux consultations prénatales que nous proposons d'organiser, seraient d'un meilleur concours que les matrones actuelles.



Ensellure lombaire normale des femmes arabes. Quatre jeunes femmes
âgées de 10, 14, 18 et 20 ans.

CHAPITRE III

Le grand fléau rencontré au cours de la puériculture indigène est la syphilis : syphilis maternelles acquises, syphilis non traitées causant les avortements fréquents, la polyléthalité infantile ; syphilis héréditaires, causes de l'athrepsie, du rachitisme précoce, des monstruosités des nouveau-nés ; syphilis acquises des enfants causant des lésions osseuses et cutanées graves : effondrement du voile du palais, nez en lorgnette, ulcères phagédéniques.

Le tréponème est au Maroc un facteur très puissant avec lequel on devra compter dans les essais de puériculture ; c'est un fléau, mais un fléau facilement réductible par l'organisation de consultations antisyphilitiques réservées aux femmes enceintes et aux enfants, consultations reliées aux consultations prénatales, de nourrissons, d'enfants, les complétant en quelque sorte comme à Paris, des consultations pour femmes enceintes et nourrissons syphilitiques ont été annexées aux consultations de puériculture de certaines maternités.

De telles consultations seraient, nous en sommes sûre, très suivies si l'on en juge par l'empressement des indigènes à suivre les consultations antisyphilitiques de Casablanca et de Marrakech.

Il nous a été donné à Marrakech, consultation du Dr Madeleine, de faire plus de 100 injections intraveineuses de 914 en une matinée. Nous y avons vu aussi un infirmier indigène dressé par le docteur opérer sous sa surveillance, avec une

dextérité remarquable jusqu'à 150 intraveineuses dans la matinée.

L'indigène marocain est averti du danger de la syphilis, de ses ravages, des bienfaits du traitement que lui fait subir le « toubib » et qu'il réclame à grands cris. A la consultation du Dr Madeleine, nous avons vu des femmes qui habitaient les bled et voyaient à pied toute une nuit afin de venir prendre leur « piqûre », nous avons vu de nombreuses femmes tant juives que musulmanes qui conduisaient spontanément au docteur leurs enfants et nourrissons syphilitiques.

Plusieurs clients de la consultation du docteur nous demandèrent de vouloir bien entreprendre de soigner à domicile leurs femmes qui ne sortaient pas ; ou encore, nous proposaient de nous conduire leur femme dans une consultation privée. Le peu de temps dont nous disposions alors ne nous a pas permis de nous prêter à des sollicitations qui nous font espérer d'excellents résultats médico-sociaux et par suite colonisateurs pour les doctresses qui s'établiraient dans les différentes villes du Maroc.

Le facteur tuberculose est un danger surtout menaçant dans les villes aux grandes agglomérations où le commerce avec les Européens oblige les indigènes à un travail déprimant dans des milieux où l'air est confiné et les poussières abondantes.

Ce danger rendu plus grand encore par les mauvaises conditions d'hygiène où vivent les Arabes chez eux, risquerait d'être un des plus importants facteurs qui s'opposerait aux résultats de la puériculture indigène s'il n'avait été prévu déjà et prévenu en partie par les deux sociétés de Secours aux Blessés militaires et l'Union des Femmes de France de la Croix-Rouge française qui fondèrent chacune la première à Fez en janvier 1921, la seconde à Casablanca en juin 1921 un préventorium installé sur le type français.

Là encore les infirmières visiteuses prouvent leur utilité ; lutteuses inlassables et dévouées, elles secondent les médecins,

accomplissent leur œuvre de pénétration française en même temps que s'exerce leur influence médico-sociale.

En résumé, les facteurs que nous avons à prendre en considération dans les essais de puériculture indigène peuvent être réduits dès maintenant et en attendant l'instruction des gablas avec l'aide des infirmières visiteuses et des infirmières scolaires, collaboratrices indispensables du médecin ou de la doctoresse tant pour les consultations de nourrissons et d'enfants que pour les consultations prénatales, ces dernières demeurant quant à présent le bénéfice exclusif de la femme médecin.

TROISIÈME PARTIE

Les Œuvres sociales de l'Enfance.

Il ne faudrait pas croire cependant que les obstacles signalés dans les essais de puériculture indigène n'avaient jamais été reconnus et combattus; Mme la Maréchale Lyautey a déjà franchi de grandes étapes du problème puériculture dans ses « Œuvres sociales de l'enfance européenne et indigène » au Maroc. Nous ne pouvons mieux faire pour en montrer l'importance que de conseiller la lecture du rapport que présenta la Maréchale à Bruxelles, les 22 et 26 Juillet 1921 au Congrès international des Œuvres de l'Enfance, rapport détaillé, accompagné de statistiques probantes qui nous dispense de redites sur ce point, dont nous résumons simplement l'état et les statistiques :

1° Quatre « Gouttes de lait » organisées à Rabat, Casablanca, Fez, Oudjda, et une cinquième « Goutte de lait caprine du bled » dont l'organisation mérite une attention spéciale; cette « goutte de lait » fut installée en plein bled, au poste de Moulay Taïeb par les soins du consul M. Felt, du contrôleur et de Mme Mispoulet à la suite des misères provoquées par les récoltes nulles en 1920, sur la frontière algéro-marocaine.

2° Deux pouponnières à Casablanca et à Oudjda.

3° Le centre de puériculture européenne de Rabat qui comprend une maternité, une garderie d'enfants et une crèche.

4° Le dispensaire « Marie Feuillet » à Rabat pour les enfants indigènes.

5° Les deux dispensaires antituberculeux de Fez et de Casablanca.

Il faut ajouter à cette liste les œuvres sociales de protection de l'enfance constituées par les colonies de vacances, les distributions de vêtements aux enfants nécessiteux qui dépendent des sociétés de bienfaisance et des municipalités de Casablanca, Rabat, Fez.

Ces différentes organisations ont secouru pendant l'année 1921 :

1° *Gouttes de lait.*

Rabat . . .	167	bébés européens et indigènes.
Casablanca.	11 071	enfants inscrits.
Fez	140	bébés en 3 mois.
Bled . . .	450	enfants.
Oudjda . .	47 à 50	enfants par mois, européens et indigènes.

2° *Pouponnières.*

Casablanca.	76	bébés par jour.
Oudjda . .	40	bébés par jour.

3° *Crèche et garderie.*

Rabat . . .	402	bébés.
-------------	-----	--------

4° *Dispensaire Marie Feuillet.*

637	bébés indigènes en moyenne par mois.
709	vaccinations pendant l'année 1920.

Ces résultats très importants et qui témoignent d'un réel dévouement de la part de ceux qui les ont obtenus montrent cependant toute l'étendue du champ offert à l'activité médico-sociale.

Pour ne citer que deux exemples :

A Casablanca, sur 105.000 habitants dont 50.000 Européens, 40.000 Musulmans, 25.000 Israélites, il y a au minimum un enfant pour 10 adultes, soit 6.500 enfants indigènes au-dessous de 10 ans; 500 à peine d'entre eux peuvent bénéficier des consultations de la Goutte de lait.

A Marrakech, pour une population indigène de 60.000 âmes et pour 1.500 à 1.800 Européens, aucune consultation de puériculture n'est organisée ni pour Européens, ni pour Indigènes.

QUATRIÈME PARTIE

Organisation d'un centre de puériculture.

Les résultats importants obtenus en très peu de temps par les œuvres de l'enfance installées au Maroc sont très encourageants et laissent prévoir un développement rapide de la protection de l'enfance indigène et européenne; mais il ne suffit pas seulement de protéger l'enfant et d'essayer de le conserver pour faire de la bonne puériculture; il faut encore et surtout protéger la mère pour assurer la naissance normale de bébés sains, augmenter les naissances en prévenant la mortalité.

C'est ce vers quoi nous aimerions voir tourner les efforts des bonnes volontés qui tiennent à collaborer à l'œuvre de puériculture colonisatrice de la France au Maroc, bonnes volontés qui ne peuvent être, — étant donné les principes de la femme indigène, — que celles des femmes médecins, aidées d'infirmières visiteuses laïques ou religieuses.

Nous disons *religieuses* parce que la vie d'abnégation qui sera celle des infirmières visiteuses au Maroc suppose un renoncement complet de soi-même. Ce renoncement ne peut être le propre que de religieuses ou de Françaises laïques ayant une grande expérience des choses de la vie et un esprit de sacrifice poussé au suprême degré.

De telles conditions ne sauraient être réalisées (il serait même regrettable qu'elles le soient) chez la plupart des jeunes filles du monde qui, en France, constituent la majeure partie des infirmières visiteuses.

Dans sa sphère, dans son milieu, dans sa patrie la jeune infirmière visiteuse accomplit des prodiges et pour elle on constate que la valeur n'attend pas le nombre des années ; mais lui demander d'accomplir avec une moralité sans défaillance le même tour de force sous un climat qui n'est pas le sien, loin de sa famille, dans des conditions morales très pénibles, — aucune diversion à son labeur ne pouvant lui être offerte —, est très rigoureux.

Librement, la religieuse choisit sa voix de sacrifice et dit un éternel adieu au monde ; nous l'admirons et respectons son idéal ; mais il serait criminel de pousser vers le même idéal cette belle légion d'infirmières visiteuses françaises, qui dans leur lutte de puériculture, conservent les qualités propres à en faire un jour ou l'autre d'excellentes mères de famille.

Il faudrait donc, ou bien établir un roulement d'infirmières visiteuses françaises qui ne contracteraient d'engagement que pour un an et qui, après ce temps, seraient remplacées par de nouvelles recrues, l'apprentissage au Maroc étant perpétuellement à refaire et les résultats de pénétration française très compromis par les difficultés de gagner à nouveau la confiance de l'indigène à chaque changement de visiteuse, ou bien s'adresser à des visiteuses qui consentiraient pour toujours à l'abnégation que nécessitent leurs attributions au Maroc.

Je crois que de telles infirmières-visiteuses en nombre très réduit chez les personnes du monde, se trouvent en totalité dans les congrégations religieuses, et c'est uniquement en vue d'indiquer un recrutement facile que nous pensons aux religieuses missionnaires des différents ordres qui, de tout temps, furent de précieuses auxiliaires de colonisation pacifique.

« L'instinct d'errance, dit Jules Bois, s'est réfugié surtout en quelques individus, qui deviennent les pionniers du rayonnement national et les instigateurs de l'unité future du monde. On les nomme explorateurs, savants, missionnaires, soldats coloniaux ».

Il faut que l'infirmière visiteuse au Maroc ait en elle l'âme de la missionnaire.

Le principe de l'utilisation d'infirmières sociales religieuses ou laïques compétentes et de haute moralité étant admis, nous proposerions le projet suivant d'organisation de la puériculture au Maroc.

Dans chacune des grandes villes musulmanes, serait installé un centre de puériculture indigène, en tenant compte de certains côtés des mœurs indigènes qu'il importe de respecter, d'entretenir, étant donné leur haute valeur sociale. Je veux parler de la facilité avec laquelle une musulmane adopte un enfant abandonné; du point d'honneur que met tout indigène, à élever elle-même ses enfants et des facilités qu'elle a pour le faire, étant donné son genre de vie; de la difficulté enfin du recrutement des clientes qui accepteraient, pour le moment, d'accoucher dans une maternité indigène.

Le centre de puériculture indigène commencerait, non par l'établissement de crèche et de garderie d'enfants où aucune femme indigène ne consentirait à laisser son enfant; non par l'installation d'une maternité qui nécessiterait le débours d'un gros capital appelé à dormir longtemps sans être utilisé; mais par l'établissement :

1° De consultations de nourrissons et d'enfants indigènes qui seraient assurées par un médecin ou une doctoresse assisté d'infirmières visiteuses et d'une indigène que l'on dresserait pour en faire une infirmière.

2° D'une consultation prénatale indigène où une doctoresse seule qualifiée pour prodiguer ses soins à la musulmane, examinerait les clientes que lui recrutteraient ses infirmières spécialisées, les suivrait régulièrement pendant leur grossesse, traitant en même temps les grossesses pathologiques et syphilitiques, veillant à ce que le père syphilitique se fasse aussi traiter au dispensaire spécial.

A la consultation prénatale pourraient être annexées deux pièces pour les indigènes très pauvres et complètement délaissées qui, seules, accepteront au début d'être hospitalisées pour la naissance d'un enfant.

Les cas de femmes enceintes délaissées seront toujours très rares dans une société où l'enfant est accueilli comme un présage heureux, où le père ignorant les principes de physiologie élémentaire, revendique comme sien l'enfant d'une femme répudiée depuis plusieurs années, et où seule la femme stérile, quels que soient ses autres charmes, est mise au rebut.

L'important n'est donc pas d'hospitaliser les femmes dans une maternité indigène, mais de dépister les grossesses pour prévenir les distocies et arriver à persuader aux femmes la nécessité d'appeler la « toubib » quand l'accouchement présente la moindre difficulté.

C'est par l'établissement des consultations que nous arriverons à ces résultats et que nous mènerons à bien l'œuvre de puériculture indigène.

Le plan très simple et facile à réaliser des centres de puériculture indigène serait le suivant :

Dans un local de 3 pièces se commandant, local qui pourrait être provisoirement une baraque séparée par des cloisons de bois, le tout ripoliné, se feraient tous les matins les consultations.

Une matinée par semaine serait réservée à la consultation prénatale; une matinée aux nourrissons, une aux enfants, une enfin où l'on reverrait ensemble les enfants et les nourrissons dont l'état aux jours réguliers qui leur seraient réservés, n'aurait pas été satisfaisant.

La matinée du jeudi serait consacrée aux enfants des écoles que dépisterait l'infirmière scolaire.

Ce projet d'organisation de la puériculture indigène n'atteindrait pas pleinement le but colonisateur poursuivi, si nous ne l'étendions pas aux Français de toutes les classes établis au Maroc. C'est en effet en faisant disparaître les causes de mortalité infantile française, en veillant à la conservation des enfants français des colonies que nous affirmerons nos conquêtes. Il faut arriver à faire œuvre colonisatrice non seulement en conservant nos protégés, mais encore en travaillant à

l'augmentation des sujets français au Maroc. Il faut donc, à côté des centres de puériculture indigène, prévoir des centres de puériculture européenne calqués sur le même plan en attendant de pouvoir faire mieux.

Des consultations payantes seraient réservées aux enfants de la classe aisée qui, eux aussi, ont besoin d'être suivis, de même que les jeunes mamans demandent à être renseignées sur les soins que nécessitent l'état de grossesse.

En résumé, avec une dépense modique d'installation, quelques médicaments distribués gratuitement nous obtiendrions des résultats très encourageants.

Les distributions gratuites de lait frais n'ont pas été prévues, la dépense qu'elles nécessitent serait envisagée ultérieurement. Il est rare qu'une femme indigène ne puisse pas allaiter son enfant. Il lui est assez facile dans le cas d'extrême nécessité de s'adresser à une voisine complaisante.

Pour les familles européennes des villes où seraient installés ces centres modestes de puériculture on utiliserait en attendant mieux et dans le cas d'impossibilité absolue pour la mère de nourrir son enfant, le lait condensé dont la cause fut maintes fois plaidée et gagnée, dernièrement encore, par M. le Docteur de Lassablières.

Ilâtons-nous d'ajouter que l'optimisme de nos vues pour un résultat notable obtenu par une installation très simple ne résulte pas seulement de nos observations personnelles, mais encore et surtout de l'expérience de nos confrères qui nous ont précédés dans l'Afrique du Nord et dont les consultations sont, chaque jour, si encombrées que le médecin débordé par le nombre de ses clients arrive, non sans peine, à les voir tous.

CONCLUSIONS

Avec du tact, de la patience et surtout l'aide indispensable de ses infirmières sociales, la femme-médecin, seule qualifiée pour utiliser ses connaissances au profit de la musulmane, arrivera à faire de la bonne pénétration française et exercera une influence médico-sociale bienfaisante.

Sans doute, l'application de nos idées se heurtera à des obstacles tenant à l'impossibilité d'agir seule, à la difficulté d'être aidée, encouragée, mais les sacrifices même les plus cruels n'ont jamais fait reculer les idées, et l'exemple des héros disparus, loin de décourager les vocations, les suscitent.

Ces difficultés sérieuses qui n'arrêteront pas l'activité du D^r Mauchamp assassiné en 1907 par ceux pour qui il s'était sacrifié, nous n'aurons certainement pas à les surmonter maintenant que le Maroc est gouverné par le Maréchal Lyautey dont nous transcrivons une introduction au livre « Dans le grand Atlas marocain » du D^r Paul Chatinières.

« Vous connaissez mes idées sur l'importance du rôle du médecin aux Colonies et sur l'aide que celui-ci peut apporter à la pacification d'un pays. Beaucoup de malentendus cessent dès que l'on se connaît. Or, qu'est-ce le plus souvent que la pacification, sinon la face d'un malentendu ?

« Seulement, c'est la première explication qui est difficile ; il faut quelqu'un qui inspire une confiance préalable. Or, nul ne remplit mieux cette condition que le « toubib ». Du jour où un notable, un caïd, un pauvre diable quelconque qui souffre, se décide à voir le médecin français et sort de chez lui soulagé, la glace est rompue, le premier pas est fait, les relations se nouent ».

(Introduction du Général LYAUTEY)

Le Maréchal Lyautey, convaincu de la nécessité primordiale de gagner la sympathie de l'indigène, déjà soumis par la force, de faire sa conquête morale pour assurer une pacification durable, utilisa dès le début de son arrivée au Maroc l'influence du médecin. Il en fit un agent de pénétration pacifique comme il l'avait déjà fait avec succès à Madagascar, dans le Sud-Oranais, les oasis sahariennes, chez les Beni-Snassen et à Oudjda.

Nul doute qu'il n'accepte aujourd'hui d'utiliser l'influence colonisatrice de la femme-médecin employée comme agent de pénétration au Maroc où le gynécée facilement accessible à la « toubiba » demeurera longtemps encore interdit à toute pénétration masculine.

Vu : le Président,

PAUL BAR

Vu : Le Doyen,

H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- I. — *Dans le grand Atlas Marocain* (D^r Paul CHATINIÈRES).
- II. — *La politique marocaine de l'Allemagne* (Louis MAURICE).
- III. — *Emile Mauchamp et la sorcellerie au Maroc* (Œuvre posthume, préface de Jules Bois).
- IV. — *Le Maroc d'aujourd'hui* (1902, Eugène AUBIN).
- V. — *La pratique des accouchements chez les peuples primitifs* (par le D^r G. J. ENGELMANN, de St Louis-Missouri).
- VI. — *Lettres du Tonkin et de Madagascar* (Commandant LYAUTEY).
- VII. — *Histoires des Arabes* (Claude HUART).
- VIII. — *Archives Berbères*, année 1915.
- IX. — *Etat de nos connaissances sur la médecine ancienne au Maroc*, D^r RENAUD, Médecin Major des troupes d'occupation.
- X. — *Considérations sur la médecine indigène actuelle au Maroc*, D^r MAURAN.
- XI. — *L'infirmerie indigène de Beïn Oussif*, D^r Frantz GUICHARD.
- XII. — *Bulletins de l'Institut des Hautes Etudes Marocaines*, Décembre 1920.

